45e Annee. — N° 3. Vendredi 21 Janvier 1898.

LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique médicale : Goître exophtalmique. Traitement par l'hydrothérapie. Guérison maintenue depuis vingt-cinq ans, par le Dr Tissier, 33. — **Electrothérapie** : Du traitement de la neurasthénie par l'électricité à l'aide des courants alternatifs de haute fréquence, 34. — **Revue de la presse** : Nature et traitement de l'obésité, 57. — **Académie de médecine** : *Séance du 18 janvier* 1898. Présidence de M. Jaccoud. — Mort de M. Mesnet, 38. — Exulcération simple de l'estomac, 38. — Traitement de l'obésité, 39. — Présentation d'instruments, 39. — Température moyenne de l'œil humain, 39. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 14 janvier* 1897. Présidence de M. Sevestre. — Rein cardiaque et mal de Bright, 39. — Généralisation du bacille diphtérique et associations microbiennes, 39. — Atropathies tabétiques, 40. — Origine bulbaire du facial supérieur, 40. — **Société de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 13 janvier* 1898. Présidence de M. Ern. Besnier. — Deuxième note sur un quatrième cas d'acrodermatite continue suppurative et particulièrement sur l'infection purulente tégumentaire (impétigo herpétiforme) qui est venu la compliquer, 40. — Sur une dermatite bulleuse aiguë, 40. — Deuxième note sur un cas de mycosis fongoïde, 40. — Cas d'hystérie chez un hérédo-syphilitique, 40. — **Société médicale des Bureaux de bienfaisance** : *Séance du 10 mars* 1897, 41. — **Société de chirurgie** : *Séance du 19 janvier* 1898. Présidence de M. E. Delens. — Ulcères perforés du duodénum, 43. — Diverses observations, 43. — Contusions de l'abdomen. Laparotomie. Perforation de l'estomac. Guérison, 43. — **Variétés** : Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Paris en 1897, 44. — **Nouvelles**, 47,

CLINIQUE MÉDICALE

—

Goître exophtalmique. Traitement par l'hydrothérapie. Guérison maintenue depuis vingt-cinq ans (1),

Par le Dr Tissier.

Pour répondre au désir exprimé par notre président à la dernière séance, permettez-moi de vous communiquer l'observation suivante, afin d'appuyer l'opinion de notre distingué collègue de Beauvais : que le traitement médical ne doit pas être abandonné non seulement dans les cas frustes de goître exophtalmique; et j'ajouterai même dans les cas graves.

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 8 janvier 1898.

Je n'ai nullement l'intention de discuter les avantages ou les inconvénients du traitement chirurgical par la section du grand sympathique cervical, traitement qui a donné de si bons résultats au chirurgien de Lyon, le Dr Jaboulay, qui, le premier, l'a fait connaître.

En octobre 1872, il y a vingt-cinq ans de cela, j'ai été appelé à donner mes soins à une dame de 31 ans, bien constituée, ayant toujours joui d'une excellente santé : deux accouchement à terme, le dernier enfant a 7 ans.

C'est à la suite d'une fausse-couche de trois mois et demi que commença à apparaître chez elle la triade de la maladie de Graves-Basedow.

Malgré un traitement médical énergique, peut être même à cause de ce traitement mal supporté (iodure et bromure de potassium, arsenic, digitale, veratrine, fer, quinquina, application de glace sur la tumeur thyroïdienne et sur la région précordiale, hydrothérapie faite très irrégulièrement, etc.), la maladie fit de très rapides progrès et, à la fin de 1873, l'exophtalmie symétrique était tellement accusée, la saillie des yeux était tellement considérable que l'on pouvait voir les attaches antérieures des muscles sur les globes oculaires.

La glande thyroïde était tellement hypertrophiée que la compression par ses lobes des organes de la respiration avait rendu la malade presque aphone et que, pour se faire entendre, elle était obligée de crier d'une voix rauque presque éteinte. Sa respiration était tellement gênée que le décubitus dorsal était devenu impossible. J'ai assisté à de véritables crises de suffocation.

Les battements de cœur n'étaient pas sensiblement accélérés, mais le cœur battait avec une violence telle que la marche était rendue impossible à cause de l'essouflement.

Ajoutez à cela de l'insomnie, de la lassitude, un manque complet d'énergie, une irritabilité très grande chez une personne autrefois très calme, de l'inappétence, des troubles gastriques, un amaigrissement considérable survenu progressivement et, surtout, une irrégularité des fonctions menstruelles jusqu'alors toujours régulières, vous serez convaincus que nous n'étions pas en présence d'une ébauche de la maladie de Graves, d'un goître exophtalmique fruste.

Je me rappelle même que la question de trachéotomie avait été posée en cas de suffocation.

J'ai dit que la maladie avait débuté à la suite d'une

fausse-couche ; pour rester complètement dans la vérité, j'aurais dû ajouter que cette dame était sous le coup de grands chagrins, que son mari avait failli succomber à la suite d'une variole grave et qu'elle avait éprouvé des revers de fortune.

Mon ami, le Dr Blachez, et moi, nous ne comptions guère sur une amélioration et encore moins sur la guérison de la malade. Le traitement interne fut cessé, la malade partit à la campagne et Blachez insista pour que le traitement hydrothérapique fut fait régulièrement et continué pendant longtemps. Je dois ajouter que les chagrins avaient fait place à une satisfaction relative, le bien être étant revenu à la maison.

L'hydrothérapie à l'allemande, je veux dire à l'eau très froide, fut mal supportée ; on y substitua des douches d'abord tièdes, puis à l'eau dégourdie et finalement à l'eau chambrée.

Le traitement hydrothérapique, à l'exclusion de tout autre, fut suivi régulièrement pendant plusieurs mois ; l'exophtalmie et l'hypertrophie thyroïdienne diminuèrent sensiblement peu à peu, quant à la tachycardie il n'y en avait plus trace après six mois.

Au bout de trois ans, la malade avait repris sa vie active d'autrefois, elle allait dans le monde, même on l'y a vu danser; elle se livrait à la marche sans essoufflement.

L'exophtalmie était encore appréciable quoi qu'elle eut diminué d'une manière notable ; quant à l'hypertrophie thyroïdienne, bien diminuée aussi, elle se perdait dans la masse cellulaire du cou chez une femme arrivée à l'âge mûr avec un certain embonpoint ; elle était adroitement diminuée par un col droit un peu montant.

J'ai revu cette dame en 1889, je l'ai revue en 1895, j'ai souvent de ses nouvelles car elle n'habite plus Paris ; son état de santé est excellent ; elle dirige en province une maison de commerce importante et elle a passé la ménopause sans anicroche. Depuis vingt-cinq ans, la guérison s'est donc maintenue.

Est-ce une guérison complète ? Non, si vous exigez la disparition complète de l'exophtalmie et de l'hypertrophie thyroïdienne. Mais ne dit-on pas qu'une pleurésie est guérie, quoique dix ans après, chez un sujet bien portant du reste, on trouve à la percussion et à l'auscultation les traces d'énormes adhérences pleurales ? Est-ce qu'une plaie, une blessure n'est pas guérie quoique laissant après elle une cicatrice indélébile ?

ÉLECTROTHÉRAPIE

Du traitement de la neurasthénie par l'électricité à l'aide des courants alternatifs de haute fréquence.

Par le Dr A. MOUTIER.

Il est généralement admis, que la meilleure médication à instituer contre la neurasthénie doit avoir pour base l'hygiène et l'action des agents physiques.

M. Bouveret (1) « ne va pas jusqu'à dire que les agents pharmaceutiques doivent être entièrement bannis du traitement de la neurasthénie, mais il est certain, dit-il, que les traitements réellement efficaces ne mettent guère en œuvre que des agents physiques diversement combinés ».

M. Mathieu dit (2) « que les auteurs qui ont dans ces dernières années le plus et le mieux étudié la neurasthénie et les neurasthéniques sont d'accord pour donner, dans le traitement, la seconde place aux agents médicamenteux ; c'est surtout à l'hygiène et aux moyens physiques (exercice, massage, hydrothérapie, électricité) qu'ils ont demandé le soulagement et la guérison des malades de cet ordre ».

MM. Proust et Ballet, dans un ouvrage récent, expriment une opinion semblable. « C'est à la mise en œuvre méthodiquement combinée des divers agents dont l'hygiène dispose, disent ces auteurs (3), qu'il convient de recourir à peu près exclusivement dans la très grande majorité des cas; la médication pharmaceutique ne doit jouer qu'un rôle tout à fait secondaire. ..... L'emploi des substances médicamenteuses est souvent plus nuisible qu'utile, » et parmi les moyens hygiéniques que ces auteurs préconisent, se trouvent certains moyens physiques, comme l'hydrothérapie, la climatothérapie, l'exercice.

« Les agents physiques, comme l'enseigne M. le professeur Hayem (4), occupent, d'une manière générale, en pharmacothérapie, un rang supérieur aux médicaments proprement dits. » Ils constituent le moyen le plus sûr, le plus puissant, le plus efficace « pour modifier la nutrition générale et régulariser les réactions nerveuses ».

L'hygiène est le traitement prophylactique par excellence pour empêcher l'éclosion de la maladie chez les sujets prédisposés, pour empêcher les rechutes chez les sujets déjà atteints, mais elle devient insuffisante comme moyen curatif si on n'associe pas son action à celle des agents physiques.

Les médications basées sur l'emploi des agents physiques et reconnues comme ayant une action efficace sont la climathothérapie, l'hydrothérapie, la médication par l'exercice et enfin l'électrothérapie. Mais l'efficacité de chacune de ces médications est-elle la même ? C'est ce que nous allons examiner sommairement.

C'est, en vérité, à l'exercice et à l'électricité que nous devons la plus grande partie de nos succès thérapeutiques. Mais dans la plupart des cas et pour des raisons qu'il n'y a pas lieu d'exposer ici, il n'est pas pos-

(1) L. Bouveret. *La Neurasthénie*, 2e édition, Paris 1891.
(2) A. Mathieu. *Neurasthénie*, Paris 1892, p. 190.
(3) A. Proust et C. Ballet. *L'hygiène du neurasthénique*, Paris 1897, p. 162.
(4) G. Hayem. *Leçons de thérapeutique. Les Agents physiques et naturels*, Paris, 1894, p. 2.

sible de prescrire un traitement basé sur l'exercice et il faut souvent écarter ce moyen thérapeutique.

La climatothérapie, elle non plus, n'est pas toujours possible et dans la plupart des cas elle est insuffisante.

Quant à l'hydrothérapie, sans vouloir méconnaître les succès qu'on lui doit, il faut bien dire qu'elle est souvent mal supportée par les malades, surtout par les arthritiques et qu'elle expose ceux-ci a des accidents de toute nature, quand elle n'est pas appliquée suivant des règles que l'on pourrait appeler des règles de l'art, car elles ne sont pas encore déterminées d'une façon scientifique.

Avec l'électricité, au contraire, nous avons à notre disposition un moyen thérapeutique applicable à tous les cas de neurasthénie, un moyen que l'on peut régler à volonté et suivant des règles fixes.

Enfin, à côté de ces médications, il faut en mentionner une très en faveur depuis quelques années et qui doit, en vérité, être rangée parmi les médications basées sur l'emploi des agents physiques, nous voulons parler des transfusions hypodermiques de sérum artificiel. M, J. Chéron (1) en a montré les bons et puissants effets chez les neurasthéniques et nous-mêmes avons employé ce moyen thérapeutique pendant longtemps et avec succès. Mais nous l'avons abandonné, ayant obtenu des résultats bien meilleurs par le mode d'électrisation qui fait l'objet de ce travail.

Avant d'exposer notre technique, il nous semble nécessaire de résumer en quelques mots ce qui a été fait par nos devanciers.

L'électricité a été employée sous toutes ses formes dans le traitement de la neurasthénie. M. L. R. Régnier (2), dans son très intéressant rapport, nous a montré comment les différents électrothérapeuthes : Beard et Rockwell, Weir-Mitchell, Playfair, Hutchinson, Rumpf, Vigouroux, Baraduc, Truchot, Leube, Richter et Kusmaul, Neftel, Erb, de Watteville, etc., avaient employé la faradisation, la voltaïsation, la franklinisation.

MM. Apostoli et Berlioz (3) ont rapporté, d'autre part, les résultats négatifs qu'ils avaient obtenus dans le traitement de la neurasthénie par l'emploi des courants alternatifs de haute fréquence et appliquant ces courants soit sous forme d'autoconduction, soit à l'aide du lit condensateur.

M. L. R. Régnier conclut, d'accord avec la majorité des électrothérapeutes français, que la franklinisation est le meilleur remède à apposer à la neurasthénie ; il conseille dans certaines formes de la maladie d'associer la franklinisation soit à la faradisation, soit à la voltaïsation.

Nous ne rechercherons pas ici quelles sont les indications pour employer telle ou telle méthode, car cela nous entraînerait dans l'étude des diverses formes de la neurasthénie, ce qui nous détournerait de notre but.

En effet, la nouvelle méthode que nous préconisons donne non seulement des résultats bien meilleurs que les anciennes méthodes, mais encore elle s'adresse à la plupart des formes de la neurasthénie, aux états neurasthéniformes, aux convalescences, à diverses maladies par ralentissement ou malversation de la nutrition, etc... en général à toutes les maladies dans lesquelles on constate un abaissement de la tension artérielle.

C'est même de l'état de la tension artérielle que découlent les indications et les contre-indications de l'emploi de la méthode.

M. le professeur d'Arsonval a déjà montré l'action des courants alternatifs de haute fréquence sur la tension artérielle ; de notre côté, dans un travail antérieur (1), nous avons indiqué que l'on pouvait obtenir chez l'homme des élévations de 4, 5, 6 et même 8 centimètres de mercure par l'emploi de ces courants.

Pour cela nous employons le résonnateur de M. Oudin et nous produisons à l'aide de l'excitateur de cet appareil des étincelles ou même simplement des effluves le long de la colonne vertébrale.

Immédiatement, on observe une élévation de la tension artérielle, cette élévation est en rapport avec la durée de l'application, l'intensité du courant et le mode de réaction nerveuse du sujet.

En même temps que la tension s'élève on constate une amélioration de l'état du malade, ainsi que M. J. Chéron l'a montré à propos des transfusions hypodermiques de sérum artificiel ; cette amélioration persiste aussi longtemps que persiste l'augmentation de tension, elles restent l'une et l'autre en rapport constant.

Si l'on produit une excitation trop grande des centres nerveux soit par l'emploi d'un courant trop intense, soit par une application de trop longue durée, on arrive à amener un véritable surmenage thérapeutique et on constate des accidents analogues à ceux que l'on observe à la suite du surmenage physique ; de l'insomnie, de l'inappétence, de la lassitude, un malaise général, des phénomènes d'embarras gastrique, quelquefois un peu de fièvre, le pouls devient petit et rapide, d'autres fois on constate de la céphalalgie, des étourdissements, des vertiges, même des évanouissements.

Chez un de nos malades nous avons eu des phénomènes semblables à ceux de l'ivresse : excitation,

(1) J. Cheron. *Introduction à l'étude des lois générales de l'hypodermie*, Paris, 1893.

(2) L. R. Régnier. *Rapport sur le traitement de la neurasthénie par l'électricité*, (*In Bulletin off. de la Soc. Franc. d'électrothérapie*, année 1897, p. 142).

(3) G. Apostoli et Berlioz. *Deuxième note sur l'action thérapeutique générale des courants alternatifs de haute fréquence*, (*In Bulletin off. de la Soc. Franc. d'électrothérapie*, année 1896, p. 219).

(1) A. Moutier, *Sur l'action des courants de haute fréquence au point de vue de la tension artérielle*. In. Comptes rendus de l'Académie des sciences, Tome CXXV, p. 339.

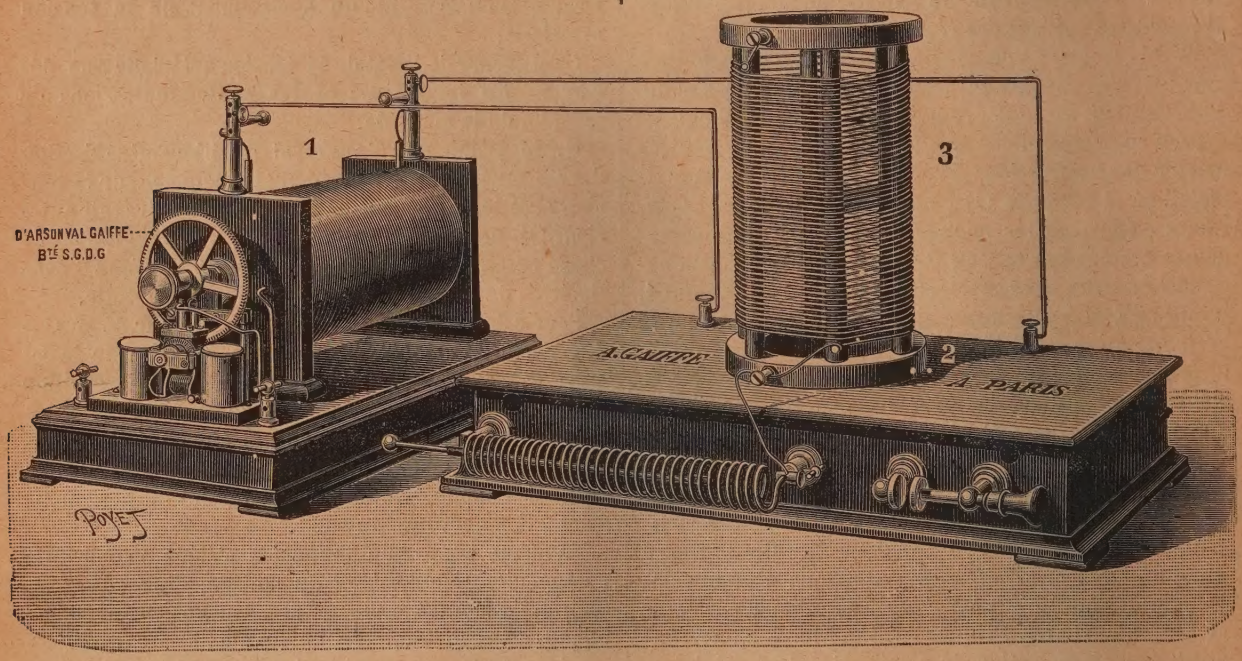
étourdissements, vomissements, le malade se sentait ivre, cet état a duré 12 heures pour disparaitre sans laisser aucune trace.

Ces accidents pendant la durée desquels la tension artérielle reste élevée semblent être dûs à une auto-intoxication, par suite d'exagération des combustions organiques et dans les quelques cas que nous avons observés au début de nos applications, le meilleur remède a consisté à provoquer une abondante diurèse par l'ingestion d'une grande quantité de liquide. Malheureusement n'ayant pas pu faire recueillir les urines de ces malades, il a été impossible de procéder à des analyses qui nous auraient peut-être éclairés sur la pathogénie de ces phénomènes.

En conséquence, chaque fois que le sujet aura une pression égale ou supérieure à 16 centimètres de mercure on devra s'abstenir.

Chaque fois que la pression sera inférieure à 16 centimètres de mercure, ce qui est le cas chez la presque totalité des neurasthéniques, on devra avoir recours à ce mode d'électrisation.

On devra encore s'abstenir chez les malades dont le système nerveux semble ne pas devoir supporter des secousses trop vives et aussi chez la plupart des artério-scléreux, pour ces derniers on obtiendra généralement de meilleurs résultats avec des excitations moins violentes, comme on peut en obtenir avec la franklinisation sous forme de bain simple ou avec douche.



1 Bobine d'induction en rapport avec une source d'électricité. — 2 Condensateur de haute fréquence du professeur d'Arsonval. 3 Résonnateur du docteur Oudin.

Ces accidents n'ont jamais présenté de gravité et ils peuvent être facilement évités, si l'on observe avec soin les indications et les contre indications que nous allons énumérer.

Au point de vue local, on observe quelquefois au début du traitement une forte démangeaison au niveau des points d'application, il peut même se produire au niveau de ces mêmes points, chez les sujets à peau fine et délicate, des rougeurs plus ou moins persistantes.

De nos recherches nous sommes arrivés à conclure que les indications et les contre-indications pour l'emploi de la méthode résident entièrement dans l'examen de la tension artérielle. Or, on sait d'après les travaux de M. le professeur Potain que la tension artérielle prise au niveau de l'artère radiale au poignet mesure de 16 à 18 centimètres de mercure.

Technique opératoire. — Comme nous l'avons déjà dit on promène l'excitateur sur la colonne vertébrale du malade tout habillé.

Il nous a semblé préférable, ainsi que M. Arthuis l'avait déjà signalé pour la franklinisation, d'opérer de haut en bas, plutôt que de bas en haut ou que des deux sens alternativement.

On règle l'intensité du courant avec la tige régulatrice du solénoide primaire et on commence par de simples effluves pour n'arriver aux étincelles que lorsqu'on saura que le patient peut les supporter sans danger.

Au début des applications, il suffit souvent de passer l'excitateur trois ou quatre fois le long de la colonne vertébrale pour obtenir un résultat suffisant.

On se rappellera que l'effet produit dépend de l'inten-

sité du courant, de sa durée d'application et du degré d'excitabilité du système nerveux. Comme ce dernier facteur demeure indépendant de la volonté de l'opérateur, on devra faire varier les deux autres facteurs : intensité et durée en raison de l'état du sujet pour amener la pression artérielle de celui-ci à la normale ou un peu au-dessus de la normale.

Des séances auront lieu tous les jours, tous les deux jours ou même dans certains cas deux fois par jour, suivant que l'effet sera plus ou moins persistant. Chez certains neurasthéniques gravement atteints, on constate quelquefois au début du traitement que l'effet obtenu sur la tension artérielle ne persiste que pendant quelques heures; dans ces cas il y a lieu de faire des séances bi-quotidiennes. Peu à peu l'effet persiste de plus en plus longtemps, on peut alors espacer les séances.

Enfin chez certains neurasthéniques on observe des névralgies qui causent des douleurs excessives et qui restent rebelles à tous les traitements employés : dans ce cas, on pourra faire disparaître très rapidement la douleur, en utilisant l'action analgésique de ces courants, action déjà signalée par M. Oudin en faisant des applications *loco dolenti*.

Il en sera de même pour les migraines, les malades supportant très bien les applications sur la tête.

La durée du traitement est variable et dépend à la fois de l'état général du malade et de la forme de la maladie, mais depuis plus d'une année que nous employons régulièrement ce mode d'électrisation et que nous l'avons appliqué à tous les neurasthéniques qui sont venus nous consulter, nous pouvons conclure qu'il constitue le traitement le meilleur, le plus actif et le plus efficace.

REVUE DE LA PRESSE

Nature et traitement de l'obésité, par M. J. Œrtel (*Wien. med. Woch.*). — L'obésité est une maladie de la nutrition dans laquelle il y a excès de formation et d'accumulation de graisse, au début avec augmentation simultanée de la réserve azotée, plus tard avec diminution des matières albuminoïdes et augmentation de la quantité d'eau dans l'organisme. L'augmentation inégale de volume du corps, résultant de l'accumulation de la graisse, et les troubles fonctionnels de quelques organes, notamment des organes respiratoires et circulatoires, suffisent pour donner un caractère pathologique à l'obésité et la faire classer parmi les maladies de la nutrition. Les causes de la formation et de l'accumulation exagérées de graisse résident dans la destruction incomplète des aliments adipogènes, par la fonction musculaire et d'autres fonctions physiologiques et dans le dépôt de ces substances, sous forme de graisse, dans certaines régions du corps.

Certaines circonstances étiologiques ont une importance réelle, ce sont : la prédisposition héréditaire, les anomalies nutritives antagonistes, la constitution et le tempérament physiologique. Les causes les plus importantes sont les vices de régime résultant de l'ingestion abondante d'aliments inappropriés, et d'une combustion insuffisante.

La quantité de liquide ingérée et certaines conditions endémiques ont une influence sur la destruction des graisses.

Œrtel distingue une forme pléthorique et une forme anémique de l'obésité qui toutes deux passent assez rapidement dans une troisième forme, la forme hydrémique. La première est toujours un phénomène d'hyperalimentation qui influence avant tout autre organe le cœur et la circulation. La forme anémique est causée par la présence d'une quantité trop faible d'hémoglobine à la suite de la diminution des processus d'oxydation. Ici aussi, l'insuffisance cardiaque, produite par l'accumulation de graisse dans le cœur ou à sa surface, joue un grand rôle ; il faut encore mentionner l'artério-sclérose, l'athérome et le diabète adipogène. L'accumulation de l'eau dans l'organisme est encore corrélative de l'appauvrissement de l'organisme en substances albuminoïdes. La pléthore séreuse se constitue par suite des troubles progressifs de la circulation consécutifs à l'insuffisance cardiaque et à l'insuffisance de l'appareil urinaire. L'obésité aboutit souvent à la parésie du cœur (dégénérescence graisseuse, artério-sclérose, myocardite), aux troubles cérébraux (apoplexie, hémorragie, thrombose, embolie), plus rarement au diabète compliqué de coma et de marasme.

Le pronostic est toujours douteux. Au point de vue prophylactique, il faut distinguer deux catégories d'individus : ceux qui sont affectés d'une disposition héréditaire et ceux qui ont été atteints d'obésité, mais qui ont perdu leur embonpoint par un traitement.

Le traitement doit répondre à deux indications : empêcher la formation incessante de la graisse provenant des aliments et activer la combustion de la graisse accumulée. Le traitement est donc à la fois hygiénique et mécanique.

Dans la forme pléthorique, Œrtel conseille d'augmenter la quantité des aliments albuminoïdes, de diminuer l'ingestion des matières adipogènes et de ne restreindre que fort peu les liquides.

La forme anémique demande au contraire la diminution de la quantité des liquides ingérés. Chez les personnes âgées, dont l'obésité tend à diminuer, la forme hydrémique doit être combattue par l'ingestion assez abondante de matières albuminoïdes, de corps gras et d'hydrates de carbone. L'augmentation des aliments de ces dernières catégories ainsi que la diminution de l'ingestion des boissons empêchent la destruction trop rapide de la graisse.

L. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 janvier 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

La Correspondance comprend une lettre de M. le Dr Retterer, qui se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie et physiologie.

Mort de M. Mesnet. — M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Mesnet, exprime les regrets de tous ses collègues et passe en revue les travaux du défunt sur les paralysies hystériques, la folie rhumatismale, l'automatisme cérébral, les fausses hématuries. Mesnet fut nommé à l'Académie en 1882.

M. Motet, qui vécut de la vie de Mesnet pendant trente années, lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe au nom de l'Académie.

Ces deux discours sont accueillis par de nombreux applaudissements.

Exulcération simple de l'estomac. — M. Dieulafoy. Un homme entra à l'Hôtel-Dieu au mois de novembre 1896 dans mon service, après avoir vomi, disait-il, près de deux litres de sang ; il était en effet presque exsangue. La nuit suivante, il vomit environ 1.500 grammes de sang. Alors on supposa que le malade avait un ulcère simple de l'estomac ; on continua la thérapeutique médicale ; le lendemain matin, le malade eut une nouvelle hématémèse et il mourut.

A l'autopsie on ne trouva pas l'ulcère de l'estomac auquel on avait songé, mais simplement une abrasion de la muqueuse sur un espace large comme une pièce de cent sous ; on y trouvait une artériole sectionnée dans laquelle on pouvait introduire la pointe d'une épingle.

L'examen histologique fut fait par M. Possard. La muqueuse était abrasée sur une large surface, mais très superficiellement ; l'artériole ouverte était assez volumineuse ; si on avait ligaturé l'estomac, le malade serait guéri, et je me suis promis de ne pas manquer le coche si l'occasion se reproduisait.

Un an après, au mois d'octobre dernier, entre à l'hôpital un malade qui avait plusieurs fois perdu, les jours précédents, un litre de sang à chaque fois. Le malade était exsangue. La dernière hématémèse remontait à cinq ou six jours. On voit de ces malades atteints de l'ulcus simplex guérir. Aussi, j'essayai encore le traitement médical, extrait de ratanhia, boissons glacées ; pendant deux jours le malade vomit ce qu'il prenait, mais il ne vomit pas de sang. Mais le surlendemain matin il y avait une terrible hématémèse. M. Cazin, chef de clinique de M. Dieulafoy, ne croyait pas pouvoir opérer le malade dans ces conditions de débilité ; cependant, sur l'insistance de M. Dieulafoy, M. Cazin se décide à faire une laparotomie. On tombe sur un estomac qui, à l'extérieur, paraissait parfaitement sain. On fait à l'estomac une incision de 11 centimètres, on n'y trouve rien d'abord, mais en nettoyant l'estomac avec soin, on trouve une exulcération large comme une pièce de cent sous et d'où le sang suintait. M. Cazin fit une suture sur cette portion de l'estomac et referma la plaie de l'estomac et la plaie de l'abdomen. Le malade se rétablit très rapidement et aujourd'hui il est superbe.

Il y a quelque temps M. Michaux reçoit dans son service un malade qui avait des hématémèses successives. M. Michaux, diagnostiquant une ulcération de l'estomac, ouvre le ventre et l'estomac, ne trouve rien, referme les plaies et peu après la malade a de nouvelles hématémèses et succombe. Avec une très grande libéralité, M. Michaux m'a envoyé ces pièces et j'ai trouvé une exulcération très superficielle de la muqueuse de l'estomac, comme dans les deux cas précédents.

M. Gilbert m'a communiqué deux faits : un malade meurt dans son service après une hématémèse foudroyante ; à l'autopsie, l'interne ne trouve aucune ulcération, mais, après un examen plus minutieux, M. Gilbert trouve une exulcération superficielle large comme une pièce de 50 centimes, au fond de laquelle il y avait une artère béante. M. Gilbert a eu un autre cas du même genre dans lequel l'opération faite par M. Hartmann ne montra rien, mais à l'autopsie faite peu après on trouva une ulcération superficielle et une artère béante au fond.

Deux autres observations ont été publiées par M. Luys et par MM. Lépine et Bret. Cela fait donc sept observations à peu près identiques. Voilà donc une lésion tout à fait superficielle qui amène la mort du malade quand il n'est pas opéré à temps.

D'où viennent ces exulcérations ? Ces malades n'étaient pas tuberculeux, ils n'étaient pas syphilitiques ; il ne s'agissait pas non plus d'exulcérations urémiques. Deux de ces malades étaient alcooliques, les autres ne l'étaient pas. Jusqu'à plus ample informé, nous appellerons cela une exulceratio simplex. Cette exulceratio simplex n'est-elle pas le premier stade de l'ulcère confirmé ? Pour que la chose fût à peu près certaine, il faudrait faire l'autopsie d'un malade mourant d'un ulcère simple de l'estomac et chez lequel on trouverait en même temps une exulceratio simplex en voie d'évolution. Cette observation nous l'avons, publiée par M. Bazy à la société anatomique. Cette exulceratio simplex paraît bien être le premier stade de l'uleus simplex de Cruveilhier. Si la maladie ne va pas plus loin, c'est que le malade meurt d'hémorrhagie.

Il n'y a pas de symptomatologie spéciale pour cette exulcération. Préventivement on ne peut rien faire, mais quand le malade a eu plusieurs fois des hémorrhagies considérables et qu'il est exsangue, cela prouve qu'il y une grosse artériole ouverte et qu'il faut opérer.

M. Hayem. J'ai été un peu étonné d'entendre dire que, dans les cas d'hémorrhagie abondante de l'estomac, le médecin n'avait pas autre chose à faire qu'à donner de la glace et du ratanhia. Il y a une variété assez fréquente d'ulcère stomacal caractérisée surtout par des hémorrhagies et qui guérit spontanément quand on ne fait prendre au malade qu'une petite quantité de lait en plusieurs fois dans la journée. Dans un autre cas du même genre, un malade très exsangue a guéri par la transfusion. On a fait des injections de sérum dans des cas analogues. Avant de faire une opération en pareil cas et de courir le risque de voir le malade mourir du fait de l'opération, il est indiqué d'employer les moyens simples que les médecins ont à leur disposition.

Il m'est arrivé une seule fois de perdre un malade dans ces conditions depuis que je suis à l'hôpital Saint-Antoine. Il s'agissait d'un malade très cachectique, après une hémorragie grave, et qui a succombé malgré une injection de sérum. A l'autopsie nous avons trouvé un litre et demi de sang dans l'intestin. Ce malade a succombé surtout parce qu'il était cachectique depuis quelques années.

Il y a certainement des cas où il peut être bon d'appeler le chirurgien. Mais dans les cas comme ceux qu'a rapportés

M. Dieulafoy, que peut faire la chirurgie, alors que rien ne vient montrer la lésion quand on examine la face externe de l'estomac?

M. Lancereaux. Il est bien chanceux d'aller ouvrir l'estomac pour des hématemèses, alors que ces hémorrhagies peuvent venir par exemple de varices œsophagiennes. D'autre part, on voit souvent des hématémèses se produire dans des cas d'altération grave du foie.

M. Fournier. Je retiens ce point de la communication de M. Dieulafoy, c'est que dans ces cas ce que nous ignorons le plus, c'est l'étiologie. M. Dieulafoy a parlé de la syphilis possible et je l'en remercie, car en général on n'y pense pas. Pour ma part, j'en ai eu cependant plusieurs exemples, deux entre autres qui sont tout à fait topiques.

Il y a une trentaine d'années, j'eus à guérir d'une superbe syphilide pustulo-crustacée du dos une célébrité de l'époque, chanteuse de café-concert. Une dizaine d'années après, cette femme me fit redemander; je ne la reconnus pas; elle était moribonde, à la suite d'hématémèses répétées depuis trois mois; je mis cette femme à l'iodure de potassium; elle se rétablit très promptement.

Sept ou huit ans après, cette femme, véritable spectre, tout à fait anémique, vint me voir au retour d'une tournée en Italie, mourant d'hématémèses répétées; on l'avait empêchée de prendre de l'iodure de potassium; et cependant ce médicament la guérit très rapidement encore.

Une autre observation, calquée sur la précédente, est celle d'un Russe qui guérit de la même manière. Ces deux faits se confirment l'un l'autre. Joints à quelques autres du même genre, ils montrent que, dans quelques cas, la syphilis développe dans l'estomac des ulcères qui guérissent très bien par le traitement spécifique.

M. Cornil. Dans le manuel d'histologie que nous avons publié en commun, M. Rouvier et moi, nous avons décrit des germes syphilitiques de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin. Ces cas sont peu nombreux, mais ils sont très caractéristiques.

Traitement de l'obésité. — M. Winternitz, professeur à l'Université de Vienne, lit un travail sur le traitement de l'obésité par les agents physiques: la sudation, l'eau froide, les exercices musculaires actifs ou passifs. L'eau froide, dit-il, active les oxydations intra-organiques et intra-cellulaires, tonifie tout le système musculaire et toutes les fonctions du corps. Quant à l'influence directe des contractions musculaires sur la combustion de la graisse, il en reparlera plus tard.

Les sudations peuvent être produites sur tout le corps ou sur une partie; elles peuvent être combinées avec différentes applications d'eau froide, par exemple l'application de tuyaux réfrigérents sur le cœur, ce qui diminue la fréquence et fortifie les contractions de l'organe. On provoque la sudation par les emmaillottements secs ou humides, par les étuves ou par les bains de lumière électrique. Ce procédé amène une transpiration profuse sans grande excitation du cœur.

Après la sudation on applique l'eau froide de différentes manières : bains, douches, affusions, etc. Ensuite la réaction est obtenue ou par des courses ou par la gymnastique active et passive.

Présentation d'instruments. — M. Doyen, de Reims, présente deux instruments destinés l'un à faciliter la laparotamie de la cavité pelvienne, l'autre à faciliter la réduction des luxations de la hanche.

Température moyenne de l'œil humain. — M. Galezowski présente un appareil pour la détermination de la température de l'œil.

A cinq heures la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 janvier 1897. — Présidence de M. Sevestre.

Rein cardiaque et mal de Bright. — MM. Achard et Castaigne. Dans l'asystolie cardiaque, les urines sont rares, riches en urates et en urée, et ne présentent pas de diminution de leurs principes minéraux. La perméabilité rénale, recherchée au moyen du bleu de méthylène, est normale tant qu'il s'agit seulement du rein cardiaque et qu'il ne s'y est pas surajouté de lésions rénales étendues.

Au contraire, dans les néphrites chroniques, l'urine est abondante, pauvre en urée, en phosphates et en chlorures. Dans ces conditions, on observe aussi des signes d'imperméabilité, consistant surtout en un retard dans l'apparition du bleu dans l'urine, en une dissociation de l'élimination sous forme de chromogène et de matières colorantes, en une diminution de la quantité de bleu éliminée, en une prolongation excessive de l'élimination. Tous ces caractères peuvent se rencontrer, isolés ou associés.

On peut se demander si, dans les néphrites chroniques, cette diminution de certains principes de l'urine tient bien au trouble de la perméabilité, ou n'est pas simplement l'effet des modifications de la nutrition générale.

Les recherches entreprises au moyen du cathétérisme de l'uretère, dans les cas de lésions unilatérales du rein, apportent sur ce point des éclaircissements précieux. En effet, on peut ainsi comparer l'urine du rein sain avec celle du rein malade chez le même sujet, et mettre hors de cause les modifications urinaires dépendant du régime et de l'état général. Les recherches de MM. Guyon et Albarran ont montré que, dans des cas de rétention rénale unilatérale, par hydronéphrose ou pyonéphrose, l'urine émise par le rein imperméable au bleu était aussi beaucoup moins riche en urée, en phosphates et en chlorures. Ces auteurs ont vu également que le rein imperméable au bleu pouvait émettre une quantité d'urine presque égale et même parfois supérieure à celle du rein sain. Nous voyons aussi, dans les néphrites chroniques, la polyurie coïncider avec l'imperméabilité, et dans le rein cardiaque l'oligurie ne s'associer à aucun degré d'imperméabilité.

Ces faits montrent bien que la perméabilité rénale doit être distinguée formellement de la quantité des urines, l'oligurie peut marcher de pair avec l'imperméabilité, mais la quantité et la qualité de la sécrétion rénale sont deux éléments qu'il ne faut pas confondre. La quantité dépend plutôt des conditions circulatoires; la qualité est influencée davantage par l'état de la perméabilité.

Généralisation du bacille diphtérique et associations microbiennes. — MM. Barbier et Tollemer. De nouvelles recherches confirment celles que nous avons publiées au mois de novembre dernier. Dans six nouvelles autopsies de diphtériques, deux fois nous avons trouvé le bacille dans les ganglions; une fois dans le sang avec inoculation positive; une fois dans la rate avec certitude; deux fois l'examen a montré des formes bacillaires rares et mal colorées;

une fois dans le bulbe, une fois dans la protubérance. Si on réunit ces constatations à celles que nous avons déjà publiées, et qui portent sur dix-sept autopsies, on voit que nous avons trouvé le bacille sept fois dans les ganglions, et sept fois dans les centres bulbo-protubérantiels.

Nous avons également cherché l'action simultanée du bacille et du streptocoque chez les animaux.

Chez le pigeon, l'inoculation simultanée du bacille et du streptocoque sur la muqueuse buccale a donné lieu localement à une angine plus extensive ; la muqueuse est rouge, l'animal présente du jetage, et l'état général est mauvais.

En inoculant au cobaye, sous la peau du ventre, un mélange de bacille diphtérique et de streptocoque à virulence reconnue, on obtient une lésion locale différente de celle réalisée avec le bacille pur : l'œdème est congestif, avec exsudats hémorragiques. Le cobaye succombe plus vite que celui inoculé avec le bacille diphtérique seul. De plus, la présence du streptocoque dans la rate montre que l'intoxication diphtérique crée la prédisposition à l'infection septique.

Ces faits nouveaux confirment ceux qu'un de nous avait relatés antérieurement, comme prouvant l'action nocive prédisposante réciproque de la diphtérie et des infections septiques.

Artropathies tabétiques. — M. Edgar Hirtz résume l'observation d'un tabétique qui présentait des artropathies siégeant sur quelques articulations métatarso-phalangiennes. Les déformations osseuses sont nettement indiquées sur des preuves radiographiques.

Origine bulbaire du facial supérieur. — M. G. Marinesco. D'après mes recherches, il y aurait lieu d'admettre, dans le noyau du facial, trois régions :

1° Une région inférieure, où le noyau du facial est constitué par une masse compacte de cellules ayant le type des cellules des cornes antérieures ;

2° Une région moyenne composée de trois noyaux secondaires : un noyau externe, un noyau moyen et un noyau interne. C'est principalement le groupe moyen qui réagit après la section du facial supérieur ;

3° Enfin, une région supérieure, où ces trois noyaux sont remplacés par un noyau unique.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 13 janvier 1898. — Présidence de M. Besnier.

Deuxième note sur un quatrième cas d'acrodermatite continue suppurative et particulièrement sur l'infection purulente tégumentaire (impétigo herpétiforme) qui est venu la compliquer. — M. Hallopeau. Les faits qui résultent de cette étude peuvent être résumés ainsi qu'il suit : les poussées éruptives disséminées qui surviennent dans le cours des acrodermatites peuvent devenir persistantes et présenter leur évolution propre ; elles sont distribuées en foyers multiples dont les pustulettes miliaires forment les éléments initiaux ; ces éléments se multiplient et se dessèchent rapidement en croûtelles qui bientôt se détachent, laissant à nu une surface d'un rouge vif ; dans l'aire de ces plaques qui atteignent d'énormes dimensions, on voit des infiltrations purulentes multiformes depuis la pustulette jusqu'au vaste soulèvement en passant par les figures très variées que dessinent ces traînées purulentes curvilignes en s'entrecroisant et en suivant les courbes les plus diverses. Autour de ces nappes un semis à éléments semblables dans un rayon non encore desquamé constitue la zone d'envahissement, la muqueuse buccale et probablement toute la muqueuse digestive sont envahies ; il ne se produit ni membrane de bourgeons charnus ni cicatrices ; les lésions peuvent disparaître sans laisser aucune trace ; la maladie procède par poussées incessantes accompagnées de fièvre, elle offre de grandes analogies avec l'impétigo herpétiforme de Hebra ; en attendant la détermination de son microbe, qui est vraisemblablement une variété de staphylocoque, on peut lui donner le nom d'infection purulente tégumentaire.

Sur une dermatite bulleuse aiguë. — MM. Hallopeau et Lévy. Ce fait a été remarquable par la courte durée de l'éruption, par son caractère nettement inflammatoire établi par la présence de fibrine dans l'exsudat et la production ultérieure de saillies végétantes, par le développement ultérieur de bulles semblables sur des parties modifiées par l'application de ventouses sèches ; ce fait peut s'expliquer soit par un mode de réaction anormale des vasomoteurs, soit par un appel de toxines hématiques ; les éosinophiles ont fait défaut ; il ne s'est agi ni d'un érythème polymorphe, ni d'une dermatite herpétiforme.

Deuxième note sur un cas de mycosis fongoïde. — M. Hallopeau. (*Examen histologique*, par MM. Leredde et Laffitte.) L'examen histologique est venu confirmer le diagnostic formulé précédemment ; il s'est agi d'un cas très anormal ; au microscope on a constaté dans le tissu conjonctif l'existence d'un réticulum dont les mailles étaient généralement plus grossières que dans le mycosis ; il n'y avait qu'un petit nombre de plasma-zellon ; ce fait confirme, aussi bien au point de vue histologique qu'au point de vue clinique, le si remarquable polymorphisme de cette maladie.

Cas d'hystérie chez un hérédo-syphilitique. — M. Fournier présente l'histoire de deux sujets qui sont les seuls enfants survivants dans une famille où il y en a eu quatorze. Les uns sont morts en bas âge, les autres sont morts à la suite de convulsions ou de méningite. Le premier, âgé de 23 ans, a subi un retard dans son développement, est atteint d'asymétrie faciale, présente au grand complet la triade d'Hutchinson. Vers l'âge de 5 à 6 ans, des exostoses se sont montrées aux membres inférieurs.

Vers l'âge de 15 ans, crises convulsives avec incontinence d'urine, puis manie de persécution, délire mystique. Attaque d'hémiplégie droite. Boule œsophagienne. Hémianesthésie droite. Points hystérogènes.

M. Besnier demande à M. Fournier s'il croit le malade atteint de syphilis virulente et d'accidents parasyphilitiques, puisqu'il a présenté d'abord des exostoses, ensuite des manifestations hystériques.

Tout hérédo-syphilitique peut hériter de la syphilis virulente, mais aussi de tares, de dégénérescences. Les sujets dystrophiques par hérédité peuvent contracter la syphilis plus tard. Les tares, les dystrophies s'observent aussi bien dans les autres maladies infectieuses que dans la syphilis. La luxation congénitale de la hanche se voit fréquemment chez les sujets issus de tuberculsteux, de syphilitiques.

L'ichthyose s'observe souvent comme lésion de dégénérescence.

Dans chaque maladie les tares ont un cachet de spécificité qui leur donne un air de famille : c'est ainsi que la dent d'Hutchinson, la dent avec encoche n'a encore été rencontrée que dans la syphilis.

M. Cathelineau lit une communication sur les accidents produits par une teinture pour cheveux contenant du chlorhydrate de paraphénylène diamide.

MM. Leredde et Bertherand présentent un malade atteint de neurofibromatose.

Comme dans les faits signalés jusqu'ici, on constate sur la peau des taches pigmentaires excessivement nombreuses, des tumeurs arrondies sans coloration spéciale disséminées sur le tronc et les membres (neurofibromes de la peau).

Il existe en outre des lésions de pigmentation diffuse de la face, du cou et des régions de flexion.

La déchéance physique et la déchéance intellectuelle sont ici très prononcées ; il y a de la sclérose artérielle et de la tuberculose pulmonaire commençant.

Aucun individu de la famille n'est atteint quoique la maladie de Recklinglausen soit en général une maladie familiale.

M. Leredde présente un enfant atteint de Pytiriasis rubra pilaire.

On observe sur le tronc, le cou et le cuir chevelu des placards à bords nets, à surface plâtreuse, mais sans desquamation, avec plis exagérés. En outre, on trouve surtout sur le tronc des saillies formées par les follicules pileux, dont beaucoup présentent à leur sommet une aspérité dure, de couleur blanche.

Il existe un état d'éréthisme général du système pileux.

Les phanères sont indemnes.

La face dorsale des phalanges, la région cubitale des avant-bras ne sont pas intéressées ; à la face palmaire des mains et plantaire des pieds, état rouge, plis exagérés, hyperkératose légère.

MM. Balzer et Michaux présentent une jeune femme atteinte de gangrènes cutanées multiples d'origine hystérique.

M. Balzer montre une femme atteinte d'éléphantiasis de la jambe droite sur laquelle s'est greffée une éruption de psoriasis.

Dr Barbe.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 10 mars 1897. — Présidence de M. Séailles.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend les journaux habituels.

M. Billon, sécrétaire général adjoint, donne à la Société des nouvelles de la santé de M. le Dr Le Coin : l'état est toujours grave, mais il y a tendance à l'amélioration : la Société charge M. Billon de porter à M. Le Coin ses vœux de prompt rétablissement.

M. Billon, à l'occasion du prochain concours pour les places de médecins des bureaux de bienfaisance, fait part à la Société que, parmi les médecins actuellement en exercice, il y en a 91 susceptibles de faire partie du jury.

Dans une étude sur les divers modes d'assistance médicale dans les grandes villes, M. Billon signale que, contrairement à ce qui se passe à Paris et surtout à Lyon, l'assistance à domicile prime à Rouen celle de l'hôpital. Il insiste sur les avantages de toutes sortes qui en résultent et principalement sur les économies réalisées par l'application de ce système, économies qui sautent aux yeux si l'on considère qu'à Paris un malade soigné à domicile coûte par jour 1 fr. 18 tandis que la journée d'hôpital revient à 3 fr. 22.

M. Séailles, président, fait part ensuite de sa visite à M. le directeur de l'Assistance publique, et de cette entrevue il résulterait qu'il y a actuellement une tendance à laisser les bureaux de bienfaisance dans les mairies ouverts de 6 heures à 10 heures du soir, c'est-à-dire jusqu'à l'heure où commence le service de nuit.

Contre l'adoption de cette nouvelle mesure M. Séailles a fourni plusieurs arguments : d'abord actuellement le médecin, appelé par lettre au domicile d'un malade, a une limite conventionnelle de 24 heures pour se rendre auprès de ce malade, en sorte que le nouveau règlement resterait lettre morte, le médecin ayant toute latitude de remettre sa visite au lendemain matin. Toute visite demandée pendant ces heures supplémentaires devrait donc avoir un caractère d'urgence qui sera, disons-le de suite, très rarement justifié ; aussi est-ce la porte grande ouverte aux abus. En effet, il est entendu que le service des accouchements est assuré par les sages-femmes et les médecins des bureaux de bienfaisance ; pour les accidents il existe un service d'ambulance urbaine fonctionnant régulièrement à toute heure de jour et de nuit ; laissant de côté les maladies chroniques que ne vise certainement pas la création de ce nouveau service, les maladies aigues ont bien rarement, dans leur apparition, une soudaineté telle qu'il soit nécessaire d'y porter remède dans les quatre heures. D'ailleurs, pour être logique, un service analogue devrait être institué le matin entre l'heure de cessation du service de nuit et l'heure d'ouverture des bureaux de bienfaisance dans les mairies.

M. Séailles laisse entrevoir que, puisque la création de dispensaires est chose décidée en principe, il ne serait pas impossible d'y attacher un interne pouvant être appelé en cas d'urgence.

Comme se rattachant au même sujet, M. Dufournier lit une lettre qui a été envoyée sous forme de circulaire aux médecins du bureau de bienfaisance du XVIe arrondissement.

M. Dufournier lit son rapport sur la candidature du Dr Laffitte, médecin du bureau de bienfaisance du XVIIe arrondissement. Le Dr Laffitte est élu membre de la Société, à l'unanimité des membres présents.

M. Dufournier lit son rapport sur la candidature du Dr Charles qui est admis à l'unanimité membre de la Société.

M. Meugy fait ensuite une analyse verbale de l'ouvrage du Dr Malbec — intitulé : *Consultations ordonnances* — avec préface du Dr Laborde.

M. de Pradel lit le relevé des vaccinations et des revaccinations opérées dans le XVe arrondissement pendant les années 1895 et 1896.

En 1895 il y a en tout 1.411 opérations.
En 1896 — 1.372 —

Qui se répartissent ainsi : 1.350 vaccinations, 22 revaccinations.

Le chiffre de 1895 est un peu plus élevé à cause de l'épidémie de l'année précédente.

M. Blind lit un relevé des visites faites dans sa circonscription en décembre 1896 et février 1897, qu'il présente sous forme de tableau annexé au procès-verbal et suivi de réflexions sur le nombre pour 100 des malades chroniques et des phtisiques.

XIe Arrondissement. — Quartier Sainte-Marguerite.

Circonscription du Dr Blind. (**Décembre 1896**).

Total des visites		130
Nombre des convocations		78
Maladies aiguës :		
Voies respiratoires 23, soit :		
Bronchites	19	
Congestions pulm., pneumonies	4	
Grippes	11	
Angines	4	
Exanthèmes (rougeole, varicelle)	2	
Rhumat. art. aigu	1	
Troubles digestifs gastro-intest.	6	
Divers	5	
		52 aiguës.
Maladies chroniques :		
Tuberculose pulmonaire	10	
Cœur et vaisseaux	7	
Maladies par ralentissement de la nutrition (diabète, rhumatisme, asthme)	4	
Névroses	1	
Maladies de femmes	1	
Sénilité	3	
		26 chroniques.

Proportion 52 : 26 = 1/2.

Février 1897.

Convocations		58
Visites		108
Maladies aiguës :		
Bronchites	5	
Congestions pulmonaires	4	
Angines	1	
Exanthèmes (rougeole, varicelle)	6	
Rhumat. art. aigu	1	
Troubles gastro-intestinaux	8	
Divers (otite, peau, chirurgie)	9	
Névralgies	4	
Méningite tuberculeuse	1	
		39 aiguës.
Maladies chroniques :		
Tuberculose pulmonaire	7	
Bronchite chronique non tuberc.	3	
Cœur et vaisseaux	1	
Asthme, hémorroïdes	2	
Néphrites	2	
Urinaires	1	
Néoplasies	3	
		19 chroniques.

Proportion 39 : 19 = 1/2,05

Dans ma statistique le nombre des chroniques est beaucoup plus élevé que dans celle du Dr Billon du 9 décembre 1896; il n'a trouvé que 1/5 de chroniques, moi j'en ai 1/2.

De même ma proportion de tuberculeux, je dirais mieux de phtisiques, est supérieure à la sienne : il a 3 tuberculeux sur 60, soit 1/20; moi j'en ai 10/78, soit 1/8 ; et 7/58, soit 1/8.

Sur mes 10 du mois de décembre il y a 8 hommes, 2 femmes.

Sur mes 7 du mois de février il y a 4 hommes, 3 femmes.

Avec Lancereaux j'attribue cette supériorité du nombre d'hommes à l'alcoolisme, dont un grand nombre de mes malades hommes présentaient des stigmates, en particulier de l'hypertrophie du foie.

M. Weil, à propos des crachoirs fournis aux malades tuberculeux à domicile par le service de désinfection fait part des inconvénients qu'ils paraissent présenter. Les malades, affaiblis pour la plupart, se plaignent de leur poids exagéré et de l'étroitesse de l'orifice dont l'évasement plus considérable serait une garantie du succès de leur destination.

M. Billon ajoute qu'il a reçu des plaintes au sujet de l'odeur du désinfectant employé ; dans un cas le malade a reçu congé pour cette cause.

Au nom de la Commission nommée à cet effet, M. Billon donne lecture de la liste des instruments indispensables dans un dispensaire, liste qui a été demandée par l'administration.

Donner aux indigents les conseils et les soins qu'un médecin est appelé à donner dans son cabinet, tel est le désir exprimé par l'administration de l'Assistance publique, et partagé par la Société médicale des bureaux de bienfaisance.

Voici la liste des instruments indispensables dans un dispensaire à laquelle s'est arrêtée la Commission nommée à cet effet après un examen approfondi de la question :

1° Un lit pour pouvoir examiner le malade couché; — 2° Une plate-forme pour spéculum, modèle des hôpitaux; — 3° Eau froide et eau chaude (fontaine); — 4° Un bock émaillé de deux litres avec tube en caoutchouc et canule en verre pour injection; — 5° Deux bassins réniformes émaillés; — 6° Un seau hygiénique en porcelaine avec couvercle porcelaine; — 7° Bocaux pour contenir les gazes et cotons hydrophyles; 8° 12 tubes à expériences avec leur support; — 9° 3 verres à expériences; — 10° 15 verres à ventouses; — 11° Un scarificateur; — 12° Un stéthoscope; — 13° Deux abaisse-langue cristal; — 14° Un thermomètre à maxima; — 15° Un appareil électrique de Gaiffe, — 16° Une loupe ordinaire; — 17° Un spéculum Fergusson; — 18° Un spéculum Cusco; — 19° Une seringue de Roux avec deux aiguilles platine iridié; — 20° 12 attelles assorties pour fractures; — 21° Un bistouri droit; — 22° Un bistouri étroit; — 23° Deux paires ciseaux, dont une courbe; — 24° Une longue pince à pansement; — 25° Deux pinces à pansement dont une à version; — 26° Quatre pinces hémostatiques (forcipressure) nickelées; — 27° Un porte azotate d'argent; — 28° Une aiguille de Reverdin; — 29 Une aiguille courbe; — 30° Une sonde cannelée en acier nickelé; — 31° Une spatule; — 32° Un rasoir manche en corne; — Une aiguille à suture; — 34° Cinquante épingles à suture; — 35° Une plaque porte-fils; — 36° Six bougies olivaires; — 37° Six bougies à boule exploratrice; — 38° Six sondes olivaires droites; — 39° Six sondes olivaires à conducteur; — 40° Six daviers; — 41° Une lampe à alcool; — 42° Serviettes, éponges, tabliers à bavette, blouses en toile grise, torchons, etc., etc.

Pour les réactifs, médicaments nécessaires aux panse-

ments, à la désinfection, ils se trouveront à la pharmacis du dispensaire.

La séance est levée à 10 heures 20.

Le secrétaire des séances : Dr J. Duval.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 janvier 1898. — Présidence de M. E. Delens.

Ulcères perforés du duodénum. — M. Tuffier. Les ulcères peuvent se manifester pour la première fois par des symptômes de perforation, que ceux-ci permettent de reconnaître l'ulcère ou de penser à une appendicite. Les premiers ne peuvent faire hésiter le chirurgien, c'est la laparotomie qu'il faut faire. Les seconds peuvent demander une discussion. J'ai eu l'occasion d'en voir un cas. Un garçon épicier vint le lendemain d'une douleur vive éprouvée dans le ventre en soulevant un sac de café. Il présentait quand on l'examinait tous les symptômes d'une appendicite qui peut attendre. Dans la journée le pouls s'accélèra et on fit venir le chirurgien de garde. M. Sebileau fit une incision au-dessus de l'arcade et vit sortir un liquide séro-purulent, on fit le drainage. Le malade était mort le lendemain. A l'autopsie existait une perforation de la première portion du duodénum. L'ulcère existait à côté de la perforation et amincissait la paroi duodénale. Il aurait fallu, pour le supprimer, faire une résection allant du pylore à la deuxième portion.

Ce fait démontre la difficulté énorme du diagnostic et la difficulté aussi de l'indication chirurgicale, puisque l'ulcère est le plus souvent latent jusqu'au jour néfaste de sa perforation.

M. Michaux. Un jeune homme de 24 ans présentait tous les symptômes d'une péritonite généralisée. Au début on avait pensé à une colique néphrétique. C'est au cinquième jour que l'état s'aggrava subitement. Et quand je vis le malade, il n'y avait plus de doute. C'était une péritonite généralisée; nous avions cru cependant à une péritonite d'origine appendiculaire. La laparotomie montre une péritonite généralisée qui force à faire trois incisions pour évacuer le liquide et détacher les adhérences. Je ne peux découvrir l'appendice. Je fais un grand lavage à l'eau salée chaude. Malgré le traitement, le malade meurt quinze heures après. A l'autopsie on trouve au-dessous du foie une gouttière purulente qui contamine le colon ascendant et conduit au-dessous du pylore à une petite perforation atone grande comme une pièce de 20 centimes et existant sur la première pièce du duodénum.

La lenteur de l'évolution de la péritonite mérite d'attirer l'attention. Le malade est resté six jours avant qu'on soit intervenu, alors qu'il est absolument certain que dès ce moment la perforation s'était faite et qu'aucun symptôme grave ne s'était présenté.

Diverses observations adressées par M. Latouche (d'Autun). — M. Walther fait un rapport sur trois fractures de la clavicule traitées par la suture et qui donnèrent d'excellents résultats. Dans trois cas de pseudo-étranglement, M. Latouche intervint; c'était une péritonite tuberculeuse et un myxo-sarcôme du péritoine. Chez un enfant de 33 jours existait un kyste du cordon, sans trace de hernie, M. Latouche fit la ponction, et dès le lendemain, se présentaient tous les symptômes d'une hernie étranglée. Le taxis ne donna aucun résultat. La kélotomie amena la guérison.

Deux cas d'intoxication par l'acide picrique dans le traitement des brûlures. Il s'agissait de deux enfants brûlés largement. L'application au début de l'acide picrique fut non douloureuse. La douleur n'apparut qu'au cinquième jour, à ce moment je fis des applications d'une pommade à 10 0/0 de vaseline et d'acide picrique. Douleur vive pendant quelques heures. Puis surviennent des vomissements très abondants. Coliques et selles diarrhétiques très chaudes La peau devient chaude. Les urines furent noires, contenant une grande quantité d'acide picrique. Les accidents durèrent pendant quelques jours et disparurent définitivement.

M. Berger L'acide picrique est employé couramment dans mon service, et je n'ai eu aucun accident. Mais en ville, chez les enfants, j'ai eu de telles douleurs que j'ai du l'abandonner et je garde le pansement au traumatol.

M. Brun. Chez les enfants, tout au moins, l'acide picrique n'a pas seulement des inconvénients, mais de grands dangers. Un bébé de 18 mois ayant eu un bain de pied picrique et un pansement de compresses picriquées devint jaune et succomba avec diarrhée et vomissements.

Des expériences ont été faites sur des souris blanches dont on brûla les pattes et que l'on baigna dans l'acide picrique : elles succombèrent après être passées au jaune.

M: Felizet. Je m'associe absolument à ce que viennent de dire MM. Berger et Brun.

M. Michaux. Je n'ai jamais eu d'accidents par l'acide picrique et je n'ai eu que des avantages.

M. Lucas-Championnière. J'ai recommandé une pommade aux essences, c'est dire que je ne connais pas de meilleur traitement des brûlures.

M. Reynier. Je n'ai jamais eu d'accident survenant après l'application de l'acide picrique. Il y a une différence dans la tolérance des malades suivant leur âge. L'acide picrique semble surtout favorable dans les cas de brûlure au 1er et au 2e degrés. Dans ces cas, la douleur cesse rapidement. Il n'en est pas de même certainement dans les brûlures profondes, dans lesquelles l'acide picrique provoque des douleurs vives. Je proteste contre le pansement à l'ouate des brûlures. L'enlèvement de l'ouate est affreusement douloureux; dans les cas de brûlures au 2e degré, l'ouate enlève l'épiderme et est encore une cause de douleur.

M. Potherat. Le traitement par l'acide picrique ne m'a pas semblé beaucoup préférable à tous ceux qui avaient été proposés.

M. Reclus. L'acide picrique a joui d'une faveur qui me semble exagérée. Je ne lui connais pas plus d'avantages qu'aux autres topiques, surtout si l'on emploie la pommade antiseptique que j'ai indiquée, avec grandes doses d'antiseptiques non absorbables et faibles doses d'antiseptiques absorbables.

Je proscris dans mon service l'emploi de l'acide picrique.

M. Hartmann. Je panse les brûlures avec gaze iodoformée et ouate et je laisse le pansement un mois

Contusions de l'abdomen. Laparotomie. Perforation de l'estomac. Guérison. — Présentation de la malade, par M. Guinard.

F. Verchère

VARIÉTÉS

Compte rendu des travaux de la Société de Médecine de Paris en 1897.

Par le Dr L. JULLIEN, secrétaire général.

« *Canto l'armi pietose e il capitano* », écrit le Tasse au début de son chant premier. Et il chante les pieux combats, célèbre le guerrier qui se voua à la défense des Saints-Lieux, énumère ses exploits, exalte sa prudence et son courage jusqu'au jour où, ralliant ses compagnons divisés, il réussit à les grouper en un seul faisceau sous les saints étendards. Messieurs, n'avez-vous pas reconnu quelle grande lutte je rapproche de l'épopée immortelle? Faut-il que je dénonce clairement le conflit des fusionnistes et des antifusionnistes? Faut-il que je nomme le chef respecté qui, par son ordre du jour victorieux, a déconfit les assaillants? J'en parle sans amertume, j'étais de ces derniers. Aujourd'hui l'Union a reparu et j'aborde avec sérénité la tâche habituelle, demandant mon inspiration, non point à la Muse qui ceint sa tête d'un périssable laurier cueilli sur l'Hélicon, mais à Minerve, l'auguste déesse du Conseil d'Etat, protectrice de nos statuts sortis intacts de la tourmente.

L'année qui vient de finir comptera parmi celles qui furent les plus cruelles à la médecine et aux médecins. Est-il besoin de rappeler la catastrophe qui consterna Paris et plongea dans la douleur un de nos plus chers collègues. Notre compagnie tint à honneur de s'associer aux cérémonies célébrées à cette époque, pour affirmer sa communion en la condoléance unanime, de même que, plus tard, elle fut au premier rang pour soutenir et défendre le confrère innocent sur lequel s'était abattue l'épaisse et pesante main des juges et aussi, disons-le avec regret, celle des experts. Vous avez encore à l'esprit le vibrant rapport présenté par M. MARTIN-DURR, sur les modifications à apporter aux expertises médico-légales. C'est ainsi que, fidèles à nos traditions, nous nous efforçons de voir le mieux et d'y tendre, à travers les défaillances des hommes et des institutions. Si je mentionne une autre affaire non moins retentissante, c'est pour rappeler le rare mérite d'un candidat fort distingué qui en fut parmi nous une victime indirecte, lui envoyer ce témoignage de mon estime et lui dire : confiance!

Après la déontologie, l'histoire de la médecine a toujours passionné les plus nobles esprits. En nous faisant estimer nos anciens, elle nous arme d'un doux scepticisme à l'égard des modernes. Un des maîtres de cette science est aujourd'hui des nôtres : BURET, le Parisien gouailleur, connu par vingt ouvrages à faire pâlir un bénédictin, nous a initiés à la *Médecine chez les Romains avant l'ère chrétienne*. Cette infinie érudition eût découragé tout autre rapporteur que M. MORAN. Quelle belle joute entre ces deux brillants esprits qui nous ont fait vivre pour un temps dans l'intimité de Tibulle et de Catule! Il est vrai que ZAMBACO-PACHA, un autre maître en ces questions, ayant frappé à notre porte, ce fut au tour de Buret de lui répondre, et que l'auteur du Gros-Mal se montra tout aussi à l'aise avec le Moyen Age et la Renaissance qu'il l'avait été avec Vespasien ou le serait avec Sésostris. Vous vous souvenez de la brillante dissertation sur l'ancienneté de la syphilis, prouvée par les traditions, les légendes, les papyrus, les pierres, les textes, les fresques, les chartres, les édits, les squelettes préhistoriques et les ossements des Pharaons, argument nouveau découvert et jeté par M. Zambaco dans ce débat passionnant. Je serais bien étonné si nos collègues n'avaient pas entraîné la conviction des plus récalcitrants.

L'étude des voies respiratoires et de leurs maladies qui, l'an dernier, nous avait lancés dans la lutte à outrance contre la tuberculose, est toujours à l'ordre du jour, au rang d'honneur parmi nous, et ne saurait manquer de continuer à l'être maintenant que, guidés par M. MARTIN-DURR, nous savons éclairer l'intérieur du thorax avec tous les feux de la radiographie. Mais procédons par ordre. M. BROSSARD défend le sérum diphtérique, et veut qu'il soit donné en grande quantité, estimant que bon nombre de malades réputés réfractaires guériraient avec de plus fortes doses ; il le prouve par deux faits de belle réussite. M. BIANCHI montre les déplacements des organes pendant l'évolution de l'épanchement pleural et après sa résorption. Le phonendoscope renseigne sur la quantité du liquide, sa mobilité, les conditions d'hypo ou d'hyperfonctionnement du poumon, le refoulement du médiastin, du cœur et de la ligne diaphragmatique ; il indique avec précision le lieu de la ponction. Pas un jour ne s'écoule sans nous donner à enregistrer quelque nouveau service rendu par l'admirable instrument et son très laborieux inventeur. La modestie de notre correspondant me reprocherait de faire valoir ses succès en Allemagne, à Moscou, sa patiente progression dans les hôpitaux de Paris, la conviction partout où on veut bien faire des essais; mais je tiens à proclamer que notre compagnie fut la première à lui ouvrir ses portes, à la suite du beau rapport de M. Besnier, et dans cette évolution triomphale il y a pour nous joie et honneur.

La tuberculose n'est pas seulement à craindre quand elle est déclarée et perceptible, mais elle se dissimule sous des latences insoupçonnées. Rappelez-vous la démonstration lumineuse apportée par les cultures de BARLERIN, un de nos candidats, sur la présence des bacilles de Koch dans les ganglions bronchiques de sujets morts de maladies autres que la tuberculose et n'en présentant à l'autopsie aucune manifestation apparente. Certes, il y aurait là de quoi nous désespérer, si notre collègue, M. GRASSET, ne nous apportait le réconfort en enseignant que, pour arrêter l'envahissement tuberculeux, il suffit de saturer l'organisme des principes qui lui font défaut, de lui fournir des granulozymes gorgés de produits qui neutralisent ceux des perturbateurs, imbibent les granulozymes déviés et les remettent dans leur milieu normal, en leur permettant de reprendre leurs fonctions... Rien de plus simple, vous le voyez. En attendant, nous gardons la foi dans les moyens éprouvés, l'antisepsie qui trouve dans l'aldéhyde formique un si précieux adjuvant, ainsi que nous l'a bien démontré ici même notre nouveau membre associé résidant, M. FRENKEL, et la cure dans le sanatorium. Grâce aux travaux de M. BEAULAVON, présentés ici par M. Guépin et par M. Martin-Durr, nous sommes convaincus d'abord que là est le plus rationnel et plus sûr moyen de guérison, ensuite que si les mesures d'hygiène sont bien prises, il ne s'y rencontre aucun danger d'infection, ni pour les habitants sains ni pour les populations environnantes. Nous recommanderons donc avec confiance le sanatorium à nos poitrinaires, sans cependant les détourner des édens bienfai-

sants, où tant de générations ont trouvé soulagement et guérison. Madère est un de ces lieux privilégiés. Écoutons notre nouveau correspondant, M. Mourao Pitta, qui, pendant vingt ans, y a fait des observations journalières. « Jamais le thermomètre, dans les nuits les plus froides, n'est descendu au-dessous de 11°, jamais au plus fort de l'été il ne monte au-dessus de 24°. Nous avons des fruits toute l'année, un laitage excellent, un vin exquis, et avec tout cela une quiétude très grande. Le calme règne partout, et on est heureux d'admirer le panorama splendide en respirant un air embaumé par les fleurs et les plantes qui nous entourent de tous côtés. »

Les voies digestives ont fourni la matière de contributions qui compteront. Nous placerons en tête l'importante discussion sur la colite membraneuse, à la suite des communications de MM. Baraduc (de Chatelguyon), Morau, Bouloumié, puis le mémoire étendu de M. Baraduc (de Paris) sur la galvanisation du pneumo-gastrique dans les dyspepsies anachlorhydriques (hypopepsie de Hayem). Quoi de plus logique que de réveiller le vague qui somnole! L'excitation sera post-prandiale; elle sera douce, modérée et graduée, cela va sans dire, comme le mouvement vital, le molimen, l'enormon hippocratique... Avec moins de mystère, et en quelques minutes d'une causerie clarifiante, un de nos plus sympathiques conscrits, M. Vigier, a entrepris de nous intéresser au benzoate de bismuth, l'ami de l'estomac. Ce sel est de tous points supérieur au salicylate, mais, contre tout raisonnement, disons mieux, contre toute raison, ce dernier conserve la faveur des médecins. Ne vous étonnez pas, mon cher collègue, et surtout ne vous découragez pas!

Sans quitter la cavité gastrique, félicitons notre collègue, M. Bonnet (de Romans) qui, par un vomitif donné à temps, sauve une malade qui avait absorbé, dans le but de se détruire, 5 grammes de gouttes amères de Baumé, soit 37 milligrammes 1/2 de strychnine, et 12 milligrammes de brucine. En même temps que ce cas unique, notre nouveau correspondant nous communiquait une observation de fistule biliaire cutanée donnant, sans grands troubles, issue à des calculs. Nous en rapprocherons le fait que nous devons à M. Brunet, et dans lequel nous voyons un tænia inerme déambuler du côté de l'ampoule de Vater, insinuer sa fine tête jusque dans le canal cholédoque, et provoquer des crises douloureuses avec ictère intermittent simulant à tel point des accès de colique hépatique, qu'un praticien moins avisé que notre collègue s'y fût certainement trompé

Messieurs, je ne crains pas de dire que les pathologistes de l'avenir devront recourir à nos bulletins de 1897 pour bien connaître l'histoire des maladies de la circulation. Dans l'important mémoire de M. Albert Weil sur une variété d'éléphantiasis, ils trouveront d'inappréciables documents de bibliographie et de critique. Vous avez vu la malade qu'il nous a montrée, vous l'avez vue. Qui de nous ne la considérait alors comme incurable? Et vous l'avez revue après emploi méthodique de l'électricité bien maniée. La guérison ne laissait rien à désirer. Aucune présentation ne fut plus féconde que celle-là; car, outre le bel enseignement que nous en retirâmes, une étincelle jaillit qui alluma un grand feu. « Avez-vous essayé la thyroïdine? demanda un auditeur obscur, votre secrétaire général, je crois, c'est un produit à ne pas négliger, j'en parlerai dans une prochaine séance. » A cette annonce, M. Abadie se fit inscrire pour la discussion. Et vous vous rappelez la magistrale et entraînante harangue de notre collègue? Vous avez présent à l'esprit le sinistre tableau de l'exopthalmique perdant ses globes oculaires en face de la chirurgie, naguère impuissante? Aujourd'hui deux ressources héroïques lui assurent une guérison presque certaine : la thyroïdine et la sympathicotomie. La doctrine conduit sûrement à l'application de l'une ou de l'autre dans des cas très déterminés, et l'opération sanglante, pis aller dangereux et tout au moins précaire, est bien près d'être complètement abandonnée. A deux reprises, en face de divergences minimes formulées par notre nouveau membre correspondant, M. Jaboulay, l'heureux initiateur de la névrotomie sympathique, M. Abadie est monté à notre tribune et, répondant aux objections de tous, a fait de chacun de ses auditeurs le plus fervent adepte de sa doctrine. Et les renseignements annoncés par l'auditeur obscur? Ma foi, il n'en fut plus question, et il n'en sera plus question, si vous le permettez. Leur mérite fut de servir d'amorce à notre ancien président, et j'ai le droit de dire que, sans avoir autrement fait preuve d'existence, ils ont mérité votre entière approbation.

La gynécologie ne peut être oubliée de notre temps, mais elle se montre parmi nous peu entreprenante, plutôt prudente, je dirai presque timide. Bien entendu l'abstention était commandée en face de ce vagin didelphe observé par M. Sibut chez une pensionnaire de Saint-Lazare; deux vagins également accessibles, deux cols et deux corps utérins, quelle mine de curiosité! Mine d'ailleurs fort visitée depuis plusieurs années, mais par quels explorateurs sans génie! Sibut vous en donna la description anatomique et physiologique, et s'il y apporta quelque génie, vos bravos le lui ont prouvé. M. Apostoli conteste l'opportunité de l'intervention dans les fibrômes silencieux après la ménopause. M. Voisin montre les dangers d'intoxication après les insufflations iodoformées si fort en usage maintenant (ce qui, soit dit en passant, confirme l'opinion de M. Grasset sur les dangers de cet agent et justifie sa préférence pour l'aristol dans la chirurgie réparatrice), et M. Sibut discerne dans certaines congestions amygdaliennes chroniques et récidivantes les suites des anciennes castrations. Et voici M. Delore qui, pièces en main, nous démontre la présence habituelle des microbes dans le placenta. Il y trouve des thromboses, des hématomes, des kystes gélatiniformes, dont il faut attribuer l'unique étiologie aux micro-organismes retenus par le filtre placentaire.

Notre actif correspondant nous amène à parler de la chirurgie, où nous le retrouvons précédant Calot dans le redressement des scolioses, l'approuvant d'instinct dans ses interventions sur les pauvres bossus par mal de Pott. Après plus d'un tâtonnement, l'œuvre de ces novateurs s'établira méthodique et nous n'en connaîtrons plus que les bienfaits. Un Arabe voyant la femme Bouaziz Fatma Ben Hamed courbée vers la terre voulut-il pratiquer le redressement de son rachis? Toujours est-il qu'il lui asséna un tel coup de matraque, qu'il produisit une fracture isolée de l'atlas, cas vraiment unique, puisque la science n'a enregistré qu'une autre fracture semblable trop sommairement décrite. M. Hugues (de Saïda) a eu la bonne fortune de recueillir cette rare observation et de nous l'offrir. Nos suffrages l'en ont récompensé.

Il ne faudrait pas croire que les maladies, cruel héritage d'Aphrodite, fussent restées pour nous aussi secrètes que

leur renom traditionnel semble l'indiquer. J'ai déjà montré avec quel fructueux intérêt MM. Buret, Zambaco et Morau avaient reecherché leurs traces, dans les plus anciens documents de nos histoires. Mais ce n'est point assez : M. Stassano nous apporte le fruit de ses méditations, un monumental mémoire en lequel, s'attaquant aux dogmes les plus incontestés, il nous invite à l'interprétation moderne des phases habituelles du mal mystérieux. Ce révolutionnaire est un travailleur acharné. Ayons confiance ; c'est vraiment à propos d'un tel labeur que l'on peut dire : « La vérité est en marche. » A son tour, Sibut dénonce l'alliance ténébreuse de l'acare avec la syphilis, le galate de vérole, comme il le dit très spirituellement. Raison de plus pour continuer à soigner la syphilis par les injections massives de calomel, que notre secrétaire général a étudiées récemment au moyen des rayons X, sans oublier la thérapeutique purement locale sur laquelle M. Buret a si justement insisté. La blennorrhagie reçoit comme tribut l'importante découverte de M. Duquaire sur la propriété antigonococcique du salicylate de méthyle, les nombreuses contributions de M. Adelstan de Martigny, notre nouveau membre correspondant étranger ; enfin le travail de candidature sur la toxine blennorrhagique, de M. de Christmas, auquel je suis heureux de souhaiter la bienvenue. Abordant les voies urinaires, nous devions fatalement y rencontrer M. Guépin ; notre collègue est là pour nous mettre en garde contre l'abus de la strychnine dans certains cas de parésie vésicale, et pour revendiquer à l'honneur des savants de notre pays le débridement de la capsule et du parenchyne rénal opposé à l'albuminurie. Les mânes du regretté Reliquet ont dû tressaillir de ce pieux hommage.

Abordons maintenant le chapitre douloureux entre tous, celui de nos morts.

Nos pertes en 1897 furent nombreuses et graves. C'est d'abord Duroziez, un des piliers de notre vieille Société. Au banquet annuel organisé par ses soins, on remarqua son absence. Une pneumonie infectieuse l'avait terrassé, il n'avait prévenu qu'un seul d'entre nous, ce Bianchi, contre lequel il avait rompu tant de lances, mais auquel il devait donner cette touchante et suprême marque d'affection. Votre secrétaire général et plus tard M. Besnier ne cessèrent de l'assister jusqu'à sa fin, que les plus tendres soins ne purent conjurer. M. de Beauvais a bien voulu assumer la tâche de vous retracer cette belle existence, et vous entendrez sous peu l'éloge du plus regretté par le plus aimé de nos collègues. Mais j'ai considéré comme un devoir de saluer une dernière fois le savant, l'ami et le collègue. Duroziez produisait des mémoires comme les arbres portent des fruits. A ce titre il sauva bien souvent l'honneur de nos ordres du jour, car jamais le secrétaire général ne fit vainement appel à l'inépuisable fond de sa science et de sa bonté.

A quelque temps de là nous apprenions la mort de M. de Saint-Germain, membre honoraire, chirurgien de l'hôpital des enfants. Celui-là n'était pas un rêveur. Qui n'a lu son livre de cliniques, fourmillant d'idées claires et de procédés ingénieux ? L'oiseuse théorie y brille par son absence. N'y cherchez point la subtilité mais l'utilité. Tout est à retenir parce que tout est à employer, tout y étant dicté par le plus admirable bon sens clinique. Un de ses collègues de l'honorariat, son plus intime ami, M. Mauriac, a bien voulu me promettre d'écrire pour nous son éloge l'an prochain, de scruter la carrière de ce savant distingué, de montrer la place qu'il sut conquérir dans la chirurgie infantile, et de dire sous quelles angoisses, un deuil intime, la perte d'un fils aimé, fit succomber le plus jovial et le plus verveux de nos confrères.

M. Germe, professeur à l'école d'Arras, connu par d'importants travaux sur la physiologie et la pathologie du cœur, a suivi de près son ami Duroziez, qui l'avait fait admettre l'an dernier seulement parmi nous. Une grande communauté d'études en avait, sur le tard, fait deux vrais amis, et sans doute le rapport étendu que Duroziez lui consacra, avec la complaisante critique qu'il fit de son œuvre si considérable, n'est que l'exorde des dialogues qui se poursuivent aux Champs Elysées entre ces deux esprits si bien faits pour se comprendre. Que ne suis-je Lucien pour vous les restituer !

Avec M. Surmay (de Ham), le tableau change : faciès empourpré couronné d'une épaisse chevelure d'argent, cœur généreux, esprit ardent, parole facile. Tel fut l'infatigable apôtre des intérêts professionnels. Aux séances annuelles de l'Association générale des médecins de France, il ne manquait jamais de proposer la création de l'ordre des médecins, car il était de ceux qui veulent aller de l'avant, dans la voie des réformes, marcher vite, trop vite même au gré des mentors qui nous dirigent. Le vénérable M. Roger lui a dû certainement quelques mauvaises nuits, et le redoutait tout en l'adorant, car leurs cœurs à tous deux ne battaient que pour l'intérêt commun, mais Roger le voyait en président du Conseil et Surmay en tribun d'opposition.

En perdant notre illustre correspondant étranger Spencer Wells, la science anglaise s'est découronnée. Ce doyen de l'ovariotomie avait pu du moins assister au complet triomphe de ses procédés, et je m'imagine que l'orgueil de cet homme dut être grand, quand il vit les lourds traités de gynécologie remplacer les brefs chapitres consacrés, hier encore, dans nos pathologies, aux maladies des femmes. Son œuvre est connue de tous et nous tous chirurgiens en bénéficions chaque jour. Mais pour la bien apprécier, en un temps où l'ouverture de l'abdomen féminin est le plus banal des sports, il faut se reporter à l'époque où le péritoine était notre terreur, trop justifiée hélas. Alors on pensera que celui qui le premier l'aborda sans crainte et avant Lister, avant Pasteur, trouva le moyen de s'en rendre maître, et de nous émanciper vis-à-vis du monstre, fut non seulement un praticien de génie, mais un audacieux, un de ces novateurs doués de l'*œs triplex*, qui laissent derrière eux la traînée féconde de leurs découvertes et ont droit à la reconnaissance des générations plus jeunes.

Nous terminerons ce nécrologe en saluant une dernière fois nos collègues Dobieczewski (de Marienbad) et Joachim de Hysern (de Madrid).

Passons à nos recrues maintenant, pour entonner le chant de victoire. Ce qui me frappe et me remplit de joie quand je considère nos cinq nouveaux membres titulaires, c'est leur prodigieuse activité à tous. M. Grasset se plaît aux problèmes de pathologie et de thérapeutique générales et les mémoires succèdent aux mémoires ; c'est un philosophe avec lequel il n'y a pas de question terre à terre.

M. Buret arrive au milieu de nous précédé d'une grande réputation d'érudit et de chercheur. Son commerce nous le montre homme d'esprit, ce qui ne gâte rien. L'histoire est sa passion, la spécialité son domaine; un Michelet doublé de Fracastor et aussi de Rivarol.

M. Albert Weil, licencié de physique, connaît l'électricité, l'aime et la perfectionne. Il nous initiera à tous ses mystères. Mais il ne connaît pas que cela, je puis vous l'affirmer, ayant eu l'honneur et le plaisir de l'avoir pour interne, et d'apprécier son instruction étendue, l'originalité de ses écrits et sa grande sagacité clinique. Cet homme de science est en outre un styliste. Nous devons compter beaucoup sur son labeur qu'il nous prodiguera sans marchander. M. Sibut est admis depuis deux mois à peine, et pendant son stage de candidature nous a donné quatre mémoires d'un grand intérêt. Sa thèse est un monument sensationnel, et je puis bien vous dire que, non encore sorti de l'internat de Saint-Lazare, il vient de se signaler par un concours étincelant. Depuis quinze jours il fait partie du bureau. Avec son amour du travail, et sa belle ardeur juvénile quel infatigable collaborateur vous allez avoir, mon cher Mouzon! M. Beaulavon s'est consacré à la question des sanatoria. Il les a visités et habités, en connaît à fond le fonctionnement, les avantages, les desiderata; sa place était marquée dans une compagnie où tant d'hommes distingués ont engagé le combat contre la tuberculose, vos suffrages le lui diront dans un instant.

En rouvrant cette année la classe si longtemps fermée des associés résidants, nous avons eu la bonne fortune d'y inscrire, dès le début, deux savants distingués : M. Frenkel, chimiste et bactériologiste, qui nous a fait connaître les propriétés admirables de l'aldéhyde formique, et M. P. Vigier, notre vieil ami à tous. Car qui de nous n'a eu recours aux conseils toujours précis, à l'arbitrage impeccable de ce maître thérapeute? M. Vigier est si bien à sa place dans notre société que vraiment on se demande pourquoi il n'y était pas depuis vingt ans et que nous avons eu, en le nommant, l'impression de réparer une erreur, une injustice, un oubli.

La liste de nos correspondants nationaux s'est enrichie de sept noms nouveaux :

M. Zambaco-Pacha est devenu célèbre, il y a quelques trente ans, alors qu'il publia son traité des maladies nerveuses syphilitiques et a eu le mérite de le rester. Ses travaux ininterrompus sur la lèpre ont rendu son nom populaire dans tous les pays et toutes les académies. Cher et illustre confrère, si rien ne manquait à votre gloire, vous manquiez à la nôtre, et je vous remercie d'avoir cédé à mes instances en devenant notre correspondant.

M. Mollière (de Lyon) compte parmi les médecins les plus considérés de cette ville. Chargé à l'Hôtel-Dieu d'un service important, mêlé à toutes les grandes questions de l'hygiène, de la thérapeutique, attentif aux intéressantes innovations de la clinique, il trouve encore le temps d'être versé dans la science des chartes et des palimpsestes, encyclopédiste comme Plotin, plus érudit qu'Erasme, et par dessus tout esprit bienveillant et délicieux ami.

J'ai déjà parlé de la jeune gloire de M. Jaboulay, le brillant successeur des Gensoul, des Bonnet, des Ollier et des Poncet à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Ambroise Paré raconte qu'un vieux médecin milanais dit un jour en parlant de lui au maréchal de Montejean : « jeune chirurgien d'âge, mais vieux de savoir et expérience ; garde-le bien car il te fera service et honneur. » A l'aurore de sa carrière nous pouvons, sans nous tromper, appliquer cet horoscope à M. Jaboulay. Esprit lucide et main rapide. Que souhaiter de plus à un chirurgien?

M. Duquaire, dont j'ai déjà parlé à propos de ses travaux sur la blennorrhagie, complète le trio de nos nouveaux adeptes lyonnais.

La haute notoriété de M. Baraduc (de Chatelguyon) me dispense de vous présenter notre nouveau correspondant, et je ne saurais le faire mieux que M. Morau ne l'a fait dans son remarquable rapport. M. Baraduc a pour lui l'autorité et l'expérience, nous comptons sur l'une et l'autre pour éclairer et intéresser nos discussions. Nous souhaitons également que MM. Hugues (de Saïda) et Bonnet (de Romans) nous mettent souvent au courant de leur pratique, car leurs remarquables travaux de candidature nous ont montré que, là où ils se trouvaient, il y avait à observer, et qu'à l'égal des meilleurs maîtres ils savaient le faire.

Il me reste à citer quatre correspondants étrangers : MM. Pitta (de Madère), Stassano (de Naples), Adelstan de Martigny (de Montréal), dont nous avons déjà apprécié les contributions, et M. Massalongo (de Vérone), médecin en chef de l'hôpital de cette ville. Je ne crois pas que, à science plus éminente, il soit possible de joindre, à l'égal de chacun d'eux, un aussi violent amour pour notre pays. M. Pitta est consul de France à Funchal; M. de Martigny, Canadien, rédige à Montréal un journal médical français; M. Massalongo a voué aux maîtres qu'il a fréquentés parmi nous, MM. Vulpian et Charcot, la plus filiale affection ; et quant à M. Stassano, il vit à Paris, absorbé par les plus vastes recherches à l'institut Pasteur. Il faut vraiment s'incliner devant les rigueurs des statuts pour donner le nom d'étrangers à de pareils correspondants.

Arrivé au terme de ce long exposé, essayerai-je de résumer l'effort de cette année 1897? La tâche me paraît difficile. Exception faite pour quelques maîtresses présentations de nos anciens, il me semble que ces derniers se sont effacés. Que d'abstentions, que de carence parmi nos debaters habituels les plus aimés, les plus écoutés! Au contraire les jeunes, entraînés par l'ardeur de notre président, ont fait preuve de vaillance. Ils se sont montrés, ils ont pris position, les voilà sur la piste, et nous sommes sûrs qu'ils y préparent les exercices les plus variés et les plus inédits. Ils s'y rencontreront, j'en ai foi, avec la Société tout entière animée de la plus ardente émulation, avide de pousser vers les horizons de lumière le char glorieux de notre vieille Société et de donner beaucoup de besogne à mon cher collègue, M. Martin-Durr, auquel je souhaite du meilleur de mon cœur tout le succès dont il est si digne.

NOUVELLES

Corps de santé militaire. — Par décision ministérielle, en date du 15 janvier 1898, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Donion, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Castres; — Baudoin, pour l'hôpital militaire de Perpignan.

M. le médecin aide-major de première classe Lafforgue,

pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Costa, pour le 2e bataillon de chasseurs à pied ; — Conte, pour le 7e du génie ; — Rabuson, pour le 138e d'infanterie ; — David, pour le 162e d'infanterie et l'hôpital annexe de Longwy.

Corps de santé de la marine. — Par décision ministérielle, en date du 29 janvier 1898, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin auxiliaire de deuxième classe : MM. les élèves de l'École de médecine de santé, docteurs en médecine, Gaimard et Joly, affectés à Toulon.

Mérite agricole. — Par décrets, en date des 5 et 15 janvier 1898, et par arrêtés en date des mêmes jours, la décoration du Mérite agricole a été conférée aux docteurs dont les noms suivent :

1° *Grade d'officier* : M. le docteur Marcelin, à Sausses.

2° *Grade de chevalier* : MM. les docteurs Doléris, propriétaire à Lembeye ; Thomas, à Billom ; Charrin, propriétaire-viticulteur, à Tupin-Semons.

Hôpitaux de Paris. — Concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie, vacantes au 1er juillet 1898 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Le lundi 14 mars 1898, à deux heures précises, il sera ouvert dans l'Amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47, un Concours pour la nomination aux places d'Elèves Internes en pharmacie qui seront vacantes dans les Hôpitaux et Hospices au 1er juillet 1898.

Les Elèves qui désireront prendre part à ce Concours, seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mardi 1er février jusqu'au lundi 28 du même mois inclusivement.

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat. — Une circulaire du directeur de l'Assistance publique fait savoir aux chefs de service que, par suite de l'impossibilité où se trouve le jury de l'internat de terminer en temps utile les épreuves du concours, les internes et les externes actuellement en exercice sont prorogés dans leurs fonctions jusqu'au 28 février.

Thèses de doctorat. — Dans sa séance de jeudi dernier, le Conseil supérieur de l'Instruction publique a adopté un projet de décret aux termes duquel, dans les Facultés des différentes Universités, le doyen pourra, avec l'approbation du recteur, appeler à faire partie du jury des thèses de doctorat, des professeurs d'autres Facultés dont l'enseignement se rapporte à l'ordre d'études auquel appartient la thèse présentée. Dans les Facultés de l'Université de Paris, ces dispositions peuvent être appliquées aux professeurs du Collège de France, du Muséum, de l'Ecole des Chartes et de l'Ecole des langues orientales vivantes.

Le Conseil a adopté un autre projet de décret fixant au 1er octobre 1903 la date à partir de laquelle le décret du 31 juillet 1893 sur les études médicales restera seul en vigueur.

Les médecins de la préfecture de la Seine. — Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 29 décembre dernier, a pris la délibération suivante :

Article premier. — Il y a lieu de procéder à l'unification des différents services médicaux actuels de la Préfecture. En conséquence, la ville de Paris est divisée en onze circonscriptions médicales, conformément au mémoire de M. le préfet, et dont les titulaires devront examiner indistinctement tous les agents administratifs résidant dans le périmètre de chacune d'elles. — Ces onze médecins auront droit au titre de « médecin de la Préfecture de la Seine ». — Le service médical comprendra en outre un médecin en chef de la Préfecture.

Art. 2. — Le crédit affecté au service médical est fixé à la somme totale de 27.000 francs, dont la répartition aura lieu dans les proportions suivantes : Médecin en chef de la Préfecture, 6.000 francs. Onze médecins de circonscription à 1.200 francs chacun, 13.200 francs. Ensemble, 19.200 francs. Le surplus, soit, sur la somme totale, 8.000 francs, devant être réparti en fin d'année entre les médecins de circonscription, au prorata de leurs visites et de leurs consultations.

Art. 3. — Les onze emplois de médecins de circonscription seront attribués à la suite d'un concours auquel seront admis les médecins actuellement en exercice dans les différents services de la Préfecture de la Seine, de l'Octroi et de l'Assistance publique. »

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Carnaval de Nice de* 1898. — A l'occasion du carnaval de Nice, la compagnie mettra en marche un train de plaisir de Paris à Nice avec séjour facultatif à Marseille. Ce train prendra des voyageurs à Lyon.

Aller — Départ de Paris, le 16 février à 2 h. 25 soir — de Lyon à minuit 45.

Retour — Départ de Nice, le 23 février à 11 h. 50 matin.

Prix du voyage, aller et retour : de Paris 90 francs en 2e classe — 60 francs en 3e classe ; de Lyon, 50 francs en 2e classe — 30 francs en 3e classe.

Les billets pour ce train de plaisir seront délivrés à Paris et à Lyon à partir du 1er février.

Pour plus amples renseignements, consulter les affiches publiées par la Compagnie.

Nécrologie. — Le Dr Vallin, de Lille, reçu en 1887. — Le Dr Predhomme, de Lille. — M. Massiaire, médecin à Novella (Corse), reçu en 1864. — Le Dr Jouanin, de Moulins-Engilbert (Nièvre), reçu en 1840. — Le Dr Joussaume-Latour, médecin de l'Hôtel-Dieu de Château-Thierry, décédé le 13 janvier à l'âge de 65 ans. — Le Dr Ernest Hart, auquel le *British medical Journal* doit sa très grande prospérité, vient de mourir à Brighton d'une gangrène ayant nécessité une amputation de la jambe.

PHOTO-REVUE REVUE Photograph.
Envoie à toute demande 2 Nos **Gratis**
Ch. MENDEL, 118, Rue d'Assas, Paris.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.
LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER, à 0 gr. 10 centigr 5 à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*